

Leserbriefe

Replik

Wir bedanken uns herzlich für den Leserbrief von Herrn Dr. Thomas Ritschard. Wir sind mit ihm vollständig einverstanden, dass die Inzidenz der Mangelernährung von der Definition abhängt. International besteht keine allgemein akzeptierte oder standardisierte Definition der verschiedenen Entitäten von Mangelernährung [1]. Dies kann teilweise die breite Streuung der Inzidenz und Prävalenz der Mangelernährung bei hospitalisierten Patienten erklären, was durch verschiedene Erfassungsinstrumente noch verstärkt wird. Mangelernährung und Erkrankung beeinflussen sich gegenseitig, wobei einerseits die Erkrankung eine Mangelernährung zur Folge haben kann und andererseits die Mangelernährung den Verlauf einer Erkrankung negativ beeinflusst. Man sollte deshalb konsequenterweise von einer krankheitsbedingten Mangelernährung (disease-related malnutrition) sprechen, wie wir es kürzlich formuliert haben [2]. Dass man dann die Ursachen suchen soll, ist für uns eine Selbstverständlichkeit, denn deswegen wird der Patient ja auch hospitalisiert bzw. abgeklärt. Patienten mit krankheitsbedingter Mangelernährung haben aber gegenüber normal Ernährten schlechte Karten, deshalb ist die Erkennung der Mangelernährung wichtig, damit man eine zeitgerechte ernährungstherapeutische Unterstützung einleiten kann. Dies schafft dann Zeit für die weitere Diagnostik. Unser Fallbericht illustriert klar, dass auch ein substantieller Gewichtsverlust für den Arzt und die Patienten *eben nicht* immer ein Alarmsymptom ist, sonst hätte man wohl nicht acht Monate daheim zugewartet!

Die klinischen Folgen einer Mangelernährung sind evident und in vielen prospektiven Studien und Metaanalysen seit Jahren wis-

senschaftlich gut belegt. Prospektive, randomisierte und kontrollierte klinische Studien belegen, dass die Mangelernährung ein unabhängiger Risikofaktor ist, der zu mehr und schwereren Komplikationen, längerem Spitalaufenthalt, höherer Mortalität und damit zu einer deutlichen Zunahme der Kosten für das Gesundheitssystem führt [3]. Dem Statement: «ob gezielte Substitutionsmassnahmen die Krankheitsprognose zusätzlich günstig zu beeinflussen vermögen, ist dann eher eine Frage des Glaubens als der wissenschaftlich fundierten Evidenz», müssen wir vehement entgegenreten.

Nach einer profunden Analyse der gesamten Literatur, z.B. über Trinknahrung [4], hat das BAG (Bundesamt für Gesundheit) anerkannt, dass Trinknahrung die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfüllt. Entsprechend werden seit dem 1. Juli 2012 die Kosten der Trinknahrung durch die OKP (obligatorische Krankenpflegeversicherung) übernommen, sofern die Indikationsstellung gemäss den «Richtlinien der Gesellschaft für klinische Ernährung der Schweiz» vom Januar 2009 erfüllt ist. Das Problem der krankheitsbedingten Mangelernährung sollte man nicht unterschätzen, die Patienten (und die «Ökonomie») werden es danken.

*Reinhard Imoberdorf, Maya Rühlin,
Alois Beerli, Peter E. Ballmer*

Literatur

- 1 Imoberdorf R, Rühlin M, Beerli A, Ballmer PE. Mangelernährung – Unterernährung. Schweiz Med Forum. 2011;11:782–6.
- 2 Imoberdorf R, Ballmer PE. Die Epidemiologie der Mangelernährung. Therapeutische Umschau. 2014;71(3):123–6. DOI 10.1024/0040-5930/a000492
- 3 Löser C. Unter-/Mangelernährung im Krankenhaus. Aktual Ernährungsmed. 2011;36:57–75.
- 4 Uster A, Rühlin M, Ballmer PE. Trinknahrung ist wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich. SZE Nr. 4; 2012: 7–11.